

Kranskärlsoperationer på länssjukhus håller god kvalitet

Sedan hösten 1994 utförs kranskärlsoperationer vid Mälarsjukhuset i Eskilstuna, med hjälp av toraxkirurger från Regionsjukhuset i Örebro. För att värdera kvaliteten i verksamheten studerades prospektivt alla patienter som opererades under vårt första samarbetsår, 1994–1995. Vi fann att operationer med god säkerhet kan utföras på Mälarsjukhuset och att såväl patienter som anhöriga var nöjda med att operationen gjordes på »hemsjukhuset».

Sedan hösten 1994 samarbetar medicinkliniken/kardiologsektionen och anestesikliniken på Mälarsjukhuset i Eskilstuna med toraxkirurgiska kliniken i Örebro, vilket innebär att kranskärlsoperationer (CABG-operationer) utförs på Mälarsjukhuset av toraxkirurger från Örebro. Då denna verksamhet med utlokaliserad toraxkirurgi är tämligen unik för Sverige fanns skäl att genomföra en kvalitetssäkringsstudie vars resultat här redovisas. Kvalitetssäkringsstudien är också motiverad med tanke på den kritik som senare framkommit gällande utlokaliserad toraxkirurgi [1].

Gemensam rond

Kranskärlskirurgi har bedrivits på Mälarsjukhuset sedan 1991, initialt i samarbete med »Scandinavian Heart Center». Hösten 1994 påbörjades samarbetet med Regionsjukhuset i Örebro som i korthet innebär att patienter med

angina pectoris utreds på sedvanligt sätt, inkluderande koronarangiografi, på Mälarsjukhuset. Vid gemensam rond med kardiologer och radiologer från Mälarsjukhuset samt toraxkirurger från Örebro tas ställning till vilka patienter som skall genomgå kranskärlsoperation alternativt PTCA (perkutan transluminal koronarangioplastik). Vid rondens beslutas också om patienten skall genomgå behandling vid Mälarsjukhuset eller Regionsjukhuset i Örebro.

Till Mälarsjukhuset remitteras, förutom från det egna primära upptagningsområdet, även patienter från Kullbergsska sjukhuset i Katrineholm samt till viss del från Nyköpings lasarett för koronarangiografi.

Toraxkirurger från Örebro kommer sedan varje vecka till Mälarsjukhuset, förutom under kortare uppehåll vid till exempel semester, och utför kranskärlsoperationer. All övrig personal står Mälarsjukhuset för, det vill säga specialutbildade anestesiloger, narkossköterskor, operationssköterskor, intensivvårdssköterskor samt perfusionister.

Totalt har 616 patienter genomgått kranskärlsoperation på Mälarsjukhuset. 199 patienter opererades i samarbete med »Scandinavian Heart Center» från 1991 till och med hösten 1994. 417 patienter har hittills opererats under vårt samarbete med toraxkirurgiska kliniken i Örebro, från hösten 1994 till och med juni 1998.

Studien omfattade 72 patienter

Vi utförde först en pilotstudie omfattande 15 patienter, framförallt i syfte att få rätt uppläggning av den patientenkät som skulle tillsändas patienterna i kvalitetssäkringsstudien. Sedan inkluderades samtliga 72 opererade patienter under tiden oktober 1994–oktober 1995.

Studien omfattade en preoperativ kartläggning avseende bland annat sociala faktorer, anginaduration, eventuell tidigare hjärtinfarkt, förekomst av diabetes, hjärtsvikt, hypertoni och hyperkolesterolemi. Utfallet av senaste arbetsprov, aktuell medicinering, koronarangiografifynd och postoperativa infektioner registrerades. Cirka två månader efter utförd operation skickade vi en enkät till patienterna. Slutligen fick pati-

enterna ett uppföljande återbesök, i genomsnitt 15 månader efter operationen.

Av de 72 patienterna var 53 män och 19 kvinnor. Genomsnittsåldern hos männen var 63 år (46–79) och hos kvinnorna 65 år (48–75). Genomsnittlig anginaduration var 3 år och 10 månader (1 månad–20 år). Den genomsnittliga väntetiden från koronarangiografi till operation var 43 dagar (5–170).

Övriga patientkaraktäristika preoperativt framgår av Tabell I. Avseende medicinering pre-/postoperativt, se Tabell II.

Fyra av fem besvärsfria 15 månader efter operation

Enkäten utgjordes i huvudsak av frågor som besvarades med ja eller nej samt ett utrymme efter varje fråga med möjlighet till kommentarer. Svarsfrekvensen var 100 procent. Gällande svarsresultaten, se Tabell III.

Av de 72 patienterna utvecklade en patient (1 procent) peroperativ infarkt (nyttillkommen patologisk Q-våg). Det inträffade en allvarigare postoperativ infektion (1 procent) i form av mediastinit. Det noterades ingen peroperativ mortalitet.

Efter i genomsnitt 15 månader (11–21 månader) kunde 65 patienter följas upp med ett återbesök inklusive arbetsprov. Av de sju patienter som inte kunde följas upp med återbesök hade två patienter flyttat, en avlidit åtta månader postoperativt i komplikationer efter en lungcanceroperation, en haft reumatiska besvär, en nyligen blivit knäopererad, en befunnit sig på en längre tids utlandsvistelse samt en tyckt att det blev för långt att åka från Nyköping till Eskilstuna för kontroll. Förutom den patient som dog efter lungcanceroperationen levde de övriga sex patienterna tolv månader postoperativt då de kallades till återbesök men ej kunde/ville komma. Överlevnaden efter i genomsnitt 15 månader var alltså 99 procent (71 av 72 patienter).

Av de 65 patienter som kom på återbesök hade en patient genomgått reangiografi, därefter PTCA, ingen patient väntade på förnyad koronarutredning. Under den fortsatta uppföljningen fick ytterligare en patient hjärtinfarkt. Vid

Författare

STEFAN PETTERSSON
ST-läkare

ANDERS STJERNA
överläkare; båda medicinkliniken,
Mälarsjukhuset, Eskilstuna

STIG-OLOV ALMGREN
överläkare, thoraxkirurgiska kliniken,
Regionsjukhuset Örebro.

Tabell I. Patientkaraktäristika preoperativt för de 72 patienterna.

Sociala faktorer/sjukdomar/koronar- och vänsterkammarangiografiresultat	Antal patienter (procent)
Pensionär	41 (57)
Helt/delvis i arbete	16 (22)
Förtidspensionär	9 (12)
Arbetslös	4 (6)
Sjukskriven	2 (3)
Rökare	7 (10)
Före detta rökare	44 (61)
Diabetes	12 (17)
Hjärtsvikt	8 (11)
Hypertoni	32 (44)
Hyperkolesterolemi (S-kolesterol > 6,5 mmol/l)	36 (50)
Tidigare hjärtinfarkt	36 (50)
1-kärlssjuka	4 (6)
- varav misslyckad primär PTCA	2
- varav LAD-stenos samt annan gränssignifikant stenosis	2
2-kärlssjuka	9 (12)
3-kärlssjuka	52 (72)
Huvudstamstenos	7 (10)
EF (ejektionsfraktion) > 0,50	69 (96)

Tabell II. Medicinering preoperativt jämfört med postoperativt (15 månader).

Medicinering	Preoperativt (n=72) antal (procent)	Postoperativt (n=65) antal (procent)
ASA (acetylsalicylsyra)	67 (93)	61 (94)
Betablockerare	52 (72)	24 (37)
Långverkande nitrat	59 (82)	3 (5)
Kalciumflödeshämmare	44 (61)	6 (9)
Statiner	24 (33)	54 (83)

Tabell III. Enkätresultat.

Fråga	Antal patienter (procent)
Nöjd med den preoperativa informationen?	Ja: 70 (97)
Nöjd med informationen avseende operationsresultatet?	Ja: 68 (94)
Nöjd med operationsresultatet?	Ja: 70 (97)
Nöjd med informationen i samband med utskrivningen?	Ja: 67 (93)
Nöjd med postoperativa uppföljningen?	Ja: 67 (93)
Förändrat livsstilen avseende rökning/motion/kost?	Ja: 45 (63)
Kvarstående anginabesvär?	Besvärslösa: 53 (74) Bättre: 19 (26) Oförändrat/sämre: 0 (0)

det postoperativa arbetsprovet presterade patienterna i genomsnitt 120 W jämfört med 95 W preoperativt. Detta motsvarar en genomsnittsökning på 26 procent, denna ökning var dock ej signifikant ($P = 0,23$). Av de 65 patienterna fick 49 stycken (75 procent) bröstsmärta vid arbetsprov preoperativt, jämfört med 4 stycken (6 procent) postoperativt. Minskningen avseende förekomsten av bröstsmärtor är signifikant ($P < 0,05$).

Alla 65 patienter uppgav sig vara nöjda med operationsresultatet.

53 patienter (82 procent) uppgav att de var besvärslösa avseende angina, 9

patienter (14 procent) var bättre, 3 patienter (5 procent) uppgav oförändrade anginabesvär jämfört med före operation. Ingen patient hade mer angina postoperativt jämfört med preoperativt. 63 patienter (97 procent) uppgav sig vara nöjda med uppföljningen postoperativt, 2 patienter (3 procent) var ej nöjda/tyckte att första återbesöket dröjde för länge.

Avseende medicineringen sågs en påtaglig minskning gällande användandet av nitrater/kalciumflödeshämmare, men även gällande betablockerare. Det noterades också en påtaglig ökning av antalet patienter som stod på statinpre-

parat. Andelen patienter helt eller delvis i arbete var väsentligen oförändrat. 16 preoperativt jämfört med 17 postoperativt. Antalet rökare minskade från 7 till 5.

Goda behandlingsresultat beror delvis på selektion av patienter

Syftet med studien var att undersöka om kranskärlskirurgin som bedrivs på Mälarsjukhuset håller god kvalitet. Enkätresultatet, samt uppföljningen postoperativt, talar för att patienterna upplever vården på hjärtavdelningen som god samt att de är nöjda med operationsresultatet. Den korta väntetiden från koronarangiografi till operation tror vi är en stor fördel med tanke på den ovisshet och rädsla patienterna känner som står på väntelista inför kranskärlskirurgi [2]. Andelen patienter som förbättrades eller blev besvärslösa avseende sin angina var enligt enkäten 100 procent (efter 2 månader) och vid den postoperativa uppföljningen 95 procent (efter 15 månader). I prospektiva randomiserade studier anges förbättring avseende anginabesvär hos 76–90 procent av patienterna efter kranskärlsoperation [3]. Det noterades ingen peroperativ mortalitet. I litteraturen anges peroperativ mortalitet/sjukhusmortalitet ligga kring 1 procent vid primär kranskärlskirurgi [4].

Förklaringen till dessa goda behandlingsresultat är troligen att patienterna är selekterade så att patienter med komplicerande sjukdom, som njursvikt, nedsatt vänsterkammarfunktion/EF (ejektionsfraktion) < 0,50 och tidigare genomgången kranskärlsoperation, i huvudsak skickas till Örebro för operation. Till våra goda överlevnadssiffror (99 procent) bidrar naturligtvis också att det endast utfördes elektiva operationer. Califf och medarbetare redovisar ettårsöverlevnadssiffror på 95 procent gällande patienter som kranskärlsoopererats 1984 [5].

Endast en patient (1 procent) utvecklade peroperativ infarkt (nyttillkommen Q-våg), vilket kan anses vara en låg siffra. Hosoda [4] anger en peroperativ infarktincidens på 4 procent definierat som nyttillkommen Q-våg.

Frekvensen allvarligare postoperativa infektioner (1 procent) ligger ungefär i paritet med tidigare redovisade siffror [6].

Av de 16 patienter som opererades trots att de inte hade bröstsmärtor vid arbetsprovet preoperativt hade samtliga patienter antingen patologisk EKG-reaktion, talande för koronarinsufficiens, eller låg arbetsförmåga i kombination med lättutlöst angina i anamnesen, alternativt reversibel myokardiskemi vid myokardperfusionsskintigrafi.

Minskningen avseende den antiangi-

nösa medicineringen återspeglar den kliniska förbättringen av patienterna. Intressant är den kraftiga ökningen avseende statinbehandlade patienter från 33 procent preoperativt till 83 procent postoperativt. Förklaringen torde vara publiceringen av 4S-studien [7] under uppföljningstiden samt att behandlingsgränsen för S-kolesterol sänktes. Glädjande nog såg vi en signifikant minskning ($P < 0,05$) av totalkolesterolvärdet, från i genomsnitt 6,6 mmol/l preoperativt till 5,3 mmol/l postoperativt, vid uppföljande återbesök efter i genomsnitt 15 månader.

Praktiska och psykologiska fördelar att opereras »hemma»

Sammantaget tycker vi att vår kvalitetssäkringsstudie talar för att den kranskärlskirurgi som bedrivs på Mälarsjukhuset håller en god kvalitet och att patienterna förefaller nöjda med den vård de erhåller.

Vårt koncept att operera lågriskpatienter på Mälarsjukhuset har inneburit god patientsäkerhet. För patient och anhörig har närheten till »hemsjukhuset» och den kontinuerliga kontakten med samma avdelning under den preoperativa utredningen och den postoperativa vården haft praktiska och psykologiska fördelar.

Referenser

1. Arén C, Bomfin V, Larsson S, Lindblom D, Ståhl E, Rådegran K et al. Hjärtkirurgin i Sverige tillräckligt utbyggd. Risk för dyr överetablering. Läkartidningen 1996; 93: 3981-7.
2. Bengtsson A. Oron värre än smärtan för hjärtpatienter i kö. Läkartidningen 1997; 94: 3506-8.
3. Rahimtoola S. Coronary bypass surgery for chronic angina -1981. A perspective. Circulation 1982; 65: 225-41.
4. Hosoda Y, Nukariya M, Watanabe M, Sasaguri S, Kazui M, Tahara M et al. Late results of coronary artery bypass surgery with maximal follow-up of 7 years: analysis of determinants affecting late survival. Cardiovasc Surg 1993; 1: 403-9.
5. Califf R, Harrel F, Lee K, Rankin S, Hlakty M, Mark D et al. The evolution of medical and surgical therapy for coronary artery disease. A 15-year perspective. JAMA 1989; 261: 2077-86.
6. Loop FD, Lytle BW, Cosgrove DM, Mahfood S, McHenry MC, Goormastic M et al. Sternal wound complications after isolated coronary bypass grafting: early and late mortality, morbidity and cost of care. Ann Thorac Surg 1990; 49: 179-87.
7. Scandinavian simvastatin survival study group. Randomized trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). Lancet 1994; 344: 1383-9.

Alkoholprevention i sjukvården:

Metodik för screening och motiverande samtal

Alkoholprevention i sjukvården utgår från screening och består främst av motiverande samtal. Screening kan ske genom att rutinmässigt fråga om alkoholvanor. Motiverande samtal innehåller två delar: dels bedömning av patientens beredskap till förändring, dels ett samtal anpassat till denna beredskap.

I allmänhet kräver alkoholproblem inte specialiserade behandlingsinsatser utan i första hand att någon uppmärksammar dem och föreslår en förändring. Flertalet människor med alkoholproblem har begränsade problem och god prognos.

Såväl huvudmannen som professionen bör driva alkoholpreventionen som en policyfråga, då det rör sig om en medicinsk metod som är dokumenterat effektiv och som reducerar vårdbehov och vårdkostnader.

Frågan om sjukvårdens möjligheter att bedriva sekundär prevention av alkoholproblem har uppmärksamats vid återkommande tillfällen under de senaste 15 åren.

Bland annat diskuterades saken utförligt i den alkoholpolitiska kommissionen 1994, där sjukvårdens huvudmän rekommenderades att satsa på tidig upptäckt av alkoholproblem, särskilt i primärvården.

Dessemellan har det dock varit ganska tyst i frågan och aktivitetsnivån har generellt varit låg – särskilt om man med sekundärprevention menar någon form av systematisk screening, följd av rådgivning för högkonsumenter.

Därför är det glädjande att frågan på senare år ånyo getts högre prioritet i svensk sjukvård. Detta tar sig uttryck i en rad verksamheter runt om i landet där man nu prövar olika vägar att förebygga och behandla alkoholproblem. Utvecklingen beskrivs väl i en serie artiklar i Läkartidningen 43/98, där såväl screeningmetoder som klinisk handläggning diskuteras. Föreliggande arti-

Författare

SVEN ANDRÉASSON
docent, överläkare, Beroendecentrum Nord, Stockholm

ASTRI BRANDELL EKLUND
distriktsläkare, Ektorps vårdcentral, Nacka.

kel kompletterar några av de teman som dessa artiklar tar upp.

Modeller för förändring

Läkare förespråkar ofta att deras patienter ska göra förändringar, inte minst i levnadsvanor såsom rökning, alkoholkonsumtion, kost och motion. Redan Hippokrates underströk att läkaren i sitt arbete skulle ägna särskild uppmärksamhet åt människors levnadsvanor, bl a ätande eller drickande i övermått.

En vanlig erfarenhet är att sådana hälsoråd inte följs. Inte heller behandling för beroendetillstånd leder i allmänhet till resultat, trots att såväl patient som behandlare gör stora ansträngningar. Samtidigt står det klart att människor ständigt gör förändringar. Hur ska detta förstås? Vad utlöser egentligen förändring?

Trots att tänkare inom filosofi, teologi och beteendevetenskap ägnat sig åt detta problem i årtusenden saknas fortfarande en sammanhängande teori för beteendeförändring. Likväl måste läkare agera då de möter patienter vars beteende utgör ett hot mot deras hälsa. Även om heltäckande sanningar fortfarande saknas, kan en rad viktiga iakttagelser och förändringsmodeller, formulerade inom olika forskningsfält, ge oss ett antal ledtrådar:

• *Mängden behandling är inte avgörande.* En slående iakttagelse från behandlingsforskningen på alkoholområdet är att behandlingsresultat inte är korrelerade till behandlingens längd eller intensitet. När jämförelser görs mellan omfattande behandling och begränsad behandling (ofta bara ett enda samtal) framkommer små eller inga skillnader i effekt.

Av särskilt intresse är de väldokumenterade effekterna av kort alkoholordgivning i sjukvården. Vad som före-